Rok LIII. Kraków, dnia 31. stycznia 1914. Nr 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Rzadki przypadek zakaźnego zajęcia nerwów mózgowych.

podał

Dr. Maksymilian Blassberg.

Dnia 23/X 1913 r. zostałem wezwany do chorej B., liczącej lat 30, żony nauczyciela, karmiącej dziecko 5-miesięczne i rozpoznałem u niej obustronne mieszkowe zapalenie migdałków, uwydatnione wybitniej po stronie prawej. Przytem była gorączka, silny ból i trudność przy połykaniu, towarzyszące zwykle tej sprawie. W tym czasie pospolite mieszkowe zapalenie migdałków w Krakowie panowało nagminnie i zarówno ja sam miałem kilku chorych w leczeniu, jak też i od kolegów o istnieniu podówczas epidemii tego cierpienia wiedziałem. Obraz choroby niczem szczególnem nie zwracał na siebie uwagi. Poleciłem ćwierćprocentowy rozczyn alsolu do płukania gardła, oraz pozostanie w łóżku aż do zupełnego ustania gorączki. Dnia 29/X 1913 r. zostałem powtórnie wezwany do tej samej chorej, która podaje, że jeszcze przed ukończeniem choroby wstała z łóżka i wychodziła na ulicę i że obecnie wystąpiły przykre objawy, które napełniają ją obawą o »meningitis«. Przed mojem przybyciem miały być wymioty. Przy badaniu stwierdziłem znaczny obrzęk gruczołu podszczękowego, wielkości orzecha włoskiego, z przyległym naciekiem, bardzo bolesny, po lewej stronie szyi tuż pod kątem żuchwy. Oba stawy żuchwy bardzo bolesne i przy ucisku tkliwe. Ruchy głową z powodu bolesności lewej strony szyi znacznie utrudnione w ogólności, a w szczególności chora nie może dobrze skręcić brody ku stronie prawej. Bardzo silna bolesność nadoczodołowej gałęzi nerwu trójdzielnego po obu stronach, uczucie zatkania w lewym otworze nosowym i wybitne ciągłe łzawienie z lewego oka. Bolesność całego lewego mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego, a zwłaszcza górnej jego połowy. Po lewej stronie karku i potylicy aż do ciemienia stwierdzić było można silną bolesność lewego nerwu potylicznego, oraz znaczne rozprzestrzenianie się bólu także na boczną powierzchnię szyi, na dół nadgrzebieniowy i na lewe ramię. Bóle te wszystkie były stałe, a odpowiednie nerwy czuciowe były stale bolesne na całym swym przebiegu. Przy podnoszeniu lewego ramienia ku górze zauważa się, że ruchy, wykonywane tem ramieniem, są słabe i mało wydatne, ale niema porażenia. Badanie gardła wykazuje brak jakichkolwiek nalotów lub pryszczyków, a tylko znaczny obrzęk i zaczerwienienie całej lewej strony gardła. Żucie pokarmów stałych znacznie utrudnione. Również i połykanie jest z powodu wspomnianego obrzęku utrudnione. Ciepłota ciała tego dnia w południe 37·8, wieczór 40° C. Objawy podmiotowe powiodło się nieco złagodzić przez podawanie aspiryny, chininy, fenacetyny i antypiryny. Do powyższych objawów przyłączyła się zupełna bezsenność, przy braku jednak jakichkolwiek zaburzeń psychicznych. Dnia 31/X 1913 ciepłota ciała 37·6 przy tętnie 100, a 4/XI 1913 ciepłota ciała 37, tętno 76. Tymczasem wystąpiło u chorej znaczne utrudnienie mowy i suchy, chrypliwy, męczący kaszel, o charakterze krtaniowym. Badanie wykazuje łuk podniebienny lewy nieco niżej ustawiony, a języczek podniebienny zbacza nieco w lewą stronę. Język jest u nasady po stronie lewej nieco grubszy, zbacza przy wysunięciu z jamy ustnej bardzo wybitnie na stronę lewą, a szew języka tworzy łuk, zwrócony wklęsłością ku lewej stronie. Natomiast po zupełnem cofnięciu do jamy ustnej język bardzo nieznacznie zbacza ku stronie prawej. Lewa połowa języka obłożona jest ciemnym pokładem. Smak i czucie w całym języku nie okazuje zmian. Przy mówieniu chora prędko się męczy. Żucie pokarmów znacznie utrudnione, tak, iż chora go unika. Badanie krtani (Dr. Pachoński) wykazuje zupełne porażenie lewej struny głosowej, która się znajduje w t. zw. trupiem położeniu. Poza powyżej opisanemi zmianami w narządach wewnętrznych, ani w moczu, żadnych zmian nie stwierdziłem.

W przypadku powyższym rozpoznanie brzmiało: Ostre zapalenie wielu nerwów (polyneuritis acuta). Rozpoznanie to potwierdzili neurologowie (Prof. Piltz i Dr. Rose), oraz laryngolog (Dr. Pachoński), którzy również tę chorą badali.

Zapaleniem dotknięte były bądź w całości, bądź częściowo nerwy: potyliczny lewy, trójdzielny obustronnie, głównie lewy, gardłowo-językowy i podjęzykowy lewy, lewy nerw dodatkowy Willizyusza i lewy błędny, względnie krtaniowy dolny (wsteczny).

Sprawa ta, która wystąpiła ostro z wymiotami, gorączką, ogólnem osłabieniem, brakiem apetytu i bezsennością, po kilku dniach ostrego nasilenia zaczęła się cofać. Najprędzej znikła bolesność w obu stawach żuchwowych i w obu nerwach trójdzielnych, a w ślad za tem ustąpiło zatkanie lewej połowy nosa i łzawienie spojówek lewego oka. Zarówno ciepłota ciała, jak również tętno i stan podmiotowy zwolna poprawiały się. Po kolei ustępowały inne zmiany, a najdłużej utrzymywało się porażenie języka. Leczenie polegało na stosowaniu aspiryny, bromu, fenacetyny i piramidonu, a w końcu na kąpielach ciepłych i galwanizowaniu języka. W 8 tygodni po zachorowaniu stan chorej był tego rodzaju, że bez subtelniejszego badania nie można było u niej niczego stwierdzić, a chora oddawała się zwyczajnym zajęciom.

Nagły wybuch cierpienia o charakterze ostrego zakażenia, połączonego z gorączką, u osoby, nie używającej alkoholu, odrazu wskazywał na zakaźny podkład cierpienia.

Ponieważ sprawa zaczęła się mieszkowem zapaleniem migdałków, więc zrazu w tym kierunku nasuwała się etyologia cierpienia. Atoli taka etyologia zapalenia wielu nerwów należałaby do całkiem wyjątkowych. Niebawem też przypadek wskazał, że przyczyny tego cierpienia należało prawdopodobnie szukać w innym kierunku.

Mianowicie dnia 28/XI 1913 zostałem wezwany do tego samego mieszkania, do 6-letniego syna tej chorej z powodu zapalenia gardła. Wówczas stwierdziłem u tego chłopca przy stanie podgorączkowym na obu migdałkach szereg nalotów, brudno-szarej barwy, niezlewających się z sobą. Błona śluzowa gardła była niezbyt żywo czerwona, a ból przy połykaniu mimo rozległości miejscowej sprawy w gardle stosunkowo bardzo słaby. Natomiast gruczoły szyjne były wybitnie obrzękłe. Ten obraz skłonił mnie natychmiast do podjęcia bakteryologicznego badania nalotów. Badanie to, wykonane przez doc. Dr. Nitscha w miejskiej pracowni bakteryologicznej, wykazało stanowczo błonicę. Żądaniu memu zastosowania surowicy rodzice sprzeciwili się z powodu braku silniejszych bólów i ówczesnego dobrego stanu podmiotowego chorego. Dopiero w 4 dni potem, gdy gorączka podskoczyła do 38·6, a błonica zajęła cały lewy migdałek, który był pokryty rozlanym nalotem, i gdy bóle się spotęgowały, zgodzono się na zastosowanie surowicy. Wstrzyknięcie jednorazowe 3 flaszeczek (3000 jednostek immunizacyjnych) surowicy Bujwida spowodowało rychłe ustąpienie sprawy chorobowej. Ponowne badanie bakteryologiczne gardła dnia 9/XII 1913 dało już w kierunku błonicy wynik ujemny.

Ten przypadek błonicy u syna chorej nasuwał myśl, że wspomniane powyżej zapalenie nerwów u matki wystąpiło po błonicy, która i u niej istniała poprzednio pod postacią kliniczną mieszkowego zapalenia migdałów. Rozstrzygnąć atoli stanowczo tej sprawy nie było można, gdyż badanie dodatkowe bakteryologiczne gardła chorej, przedsięwzięte na wszelki wypadek dnia 3/XII 1913 w kierunku błonicy, dało wynik ujemny. Mimo tego jednak podejrzenie w kierunku błoniczej przyrody cierpienia jest w tym przypadku bardzo silne i zupełnie uzasadnione. W połowie grudnia 1913 miałem sposobność spostrzegać przypadek typowego zapalenia mieszkowego gardła u panny 24-letniej, u której badanie bakteryologiczne wykazało pewną błonicę. O kilku podobnych przypadkach słyszałem od kol. doc. Nitscha, kierownika miejskiej pracowni bakteryologicznej. Spostrzeżenia kliniczne ostatnich czasów coraz więcej dostarczają dowodów, że bardzo często chorobotwórczy wpływ na nerwy obwodowe wywierają nieprawidłowe ciała chemiczne, t. j. trucizny, czy to dostające się od zewnątrz do ustroju (alkohol, arszenik, ołów), czy też wytwarzające się w samym ustroju, n p. w przebiegu chorób zakaźnych i zaburzeń przemiany materyi Z pośród chorób zakaźnych błonica charakteryzuje się przecież w pierwszym rzędzie wybitnem tworzeniem toksyn i często zwraca się czynnik jadowity ku nerwom obwodowym, a pobłonicze zapalenia wielu nerwów należą do najczęstszych spraw zapalnych pochodzenia zakaźnego w nerwach obwodowych. Nadto pewne okoliczności utrudniały w tym przypadku rozpoznanie. Albowiem z samego początku ostrego rozwoju choroby istniała znaczna bolesność stawów żuchwowych po obu stronach, która skierowywała myśl w kierunku ostrego gośćca stawowego. Taki objaw początkowego zajęcia stawów, który może być przyczyną omyłki rozpoznawczej, należy wprawdzie do rzadkich, ale bywał już przez klinicystów spostrzegany także jako objaw wstępny przy zapaleniach wielu nerwów (Strümpell). Dalej uderza tu niezwykłe usadowienie się sprawy w nerwach. Najczęstsza bowiem postać porażeń pobłoniczych ogranicza się do symetrycznych mięśni, poruszających łuki podniebienne, dość częste bywają porażenia mięśni ocznych, a zwłaszcza akomodacyi, które w naszym przypadku były zupełnie nietknięte. Natomiast przy zapaleniach wielu nerwów należy zajęcie nerwów mózgowych do rzadkości, gdyż sprawa ta najczęściej pojawia się w kończynach, a rozpoczynać się zwykła od kończyn dolnych. W naszym przypadku na pierwszy plan wysunęły się w początku bóle, a schorzenie zajęło naprzód nerw potyliczny lewy i oba trójdzielne, a potem objęło lewe nerwy: gardłowo-językowy, podjęzykowy, Willizyusza i krtaniowy dolny. Nerwy kończyn górnych i dolnych były zupełnie wolne, gdyż bolesność na lewem ramieniu była wywołana jedynie rozprzestrzenianiem się bólu z lewego nerwu potylicznego. Odruchy kolanowe były prawidłowe. Zespół objawów, podobny do naszego, ograniczający się do jednej strony, zdarza się przy guzach, sprawach zapalnych i wysiękach, usadowionych koło otworu potylicznego (foramen magnum) i obok rdzenia przedłużonego, a uciskających równocześnie na te nerwy, usadowione obok siebie. Także i w naszym przypadku obok działania zakażenia i toksyn mógł współdziałać do pewnego stopnia mechaniczny ucisk powiększonego gruczołu i znacznego przyległego obrzęku obocznego z wysiękiem, który po stronie dostępnej badaniu sięgał z jednej strony aż prawie do wyrostka sutkowego, z drugiej strony do połowy mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego, a z trzeciej zajmował w gardle okolicę lewego migdałka, dając obraz podobny do ropnia migdałka. Samym jednak miejscowym uciskiem mechanicznym sprawy wytłómaczyćby nie można ze względu na wstępne zajęcie obu stawów dolnej szczęki i początkowe obustronne zajęcie nerwu trójdzielnego. Nadto przeciw wyłącznemu przyjęciu ucisku mechanicznego jako czynnika etyologicznego przemawia codzienna obserwacya kliniczna. Obrzęki bowiem z podobnem usadowieniem napotykamy w praktyce dość często, czy to w przebiegu zapaleń gruczołu przyusznego, czy też przy zapaleniach ropnych okołogardłowych, przy zajęciu gruczołów w płonicy i w przebiegu zołzów, a jednak podobnego zajęcia nerwów nie zwykliśmy przytem spotykać. Zapalenia nerwów po tych chorobach zakaźnych zdarzają się według doświadczenia zarówno pedyatrów (Henoch, Baginsky), jak i neurologów (Remak) nader rzadko, wręcz wyjątkowo, natomiast porażenia pozakaźne zbiegają się z zakażeniem błoniczem prawie zawsze i wręcz znamiennie. Również i względnie łagodny przebieg oraz rychły powrót do stanu prawidłowego pokrywa się w naszym przypadku ze zjawiskiem napotykanem przy porażeniach pobłoniczych, które dają na ogół dobre rokowanie i rychło ustępują, o ile tylko nie objęły zbyt wielkiego obszaru lub nie zajęły nerwów bezpośrednio ważnych dla życia, jak np. obu nerwów błędnych. Również i okres wystąpienia tych zmian po ustąpieniu zmian miejscowych w gardle zgadza się w naszym przypadku z czasem, który upływa przy porażeniach pobłoniczych od zmian miejscowych, a który wynosi od 5 dni do 3 tygodni.

Streszczając powyższe dane, dochodzimy do wniosku,

że w naszym przypadku mieliśmy u osoby 30-letniej rzadki przypadek najprawdopodobniej pobłoniczego zapalenia wielu nerwów, usadowionego w nerwach mózgowych, i że miejscowe zmiany w postaci znacznego obrzęku gruczołu podszczękowego na lewej stronie szyi mogły się przyczynić przez ucisk do zajęcia jednostronnego nerwów głównie po lewej stronie szyi.

Powyższy przypadek nadawał się, mojem zdaniem, do ogłoszenia jako niezwykły, a dla praktyki lekarskiej pouczający, z następujących powodów:

1) Mieliśmy przypadek błonicy pod postacią niezwykłą, bo pod postacią pospolitego zapalenia mieszkowego migdałków. W tej postaci może ona łatwo (jak w naszym przypadku u matki) ujść zupełnie uwagi lekarza i stać się przy braku wczesnego bakteryologicznego stwierdzenia choroby źródłem nowych zakażeń.

2) Przyjąwszy w naszym przypadku, że zarówno u matki jak i u dziecka, błonica powtórzyła się pod tąsamą postacią pozornie niewinnego mieszkowego zapalenia migdałków, nasuwa się myśl, czy nie istnieją pewne odmienne własności biologiczne drobnoustroju błonicy lub też szczególne warunki i przyczyny, które w danych razach mogą sprawić, że zarazek błoniczy nie wywołuje typowego klinicznego obrazu błonicy, lecz obraz mieszkowego zapalenia migdałków i że pochodne przypadki, wynikłe z zarażenia, występują pod tą samą postacią.

3) W naszym przypadku na pierwszy plan wysunęły się zrazu objawy ze strony nerwów czuciowych, gdy zazwyczaj zmiany błonicze ograniczają się do porażeń nerwów ruchowych.

4) Porażenia pobłonicze najczęściej bywają ograniczone do nieznacznego obszaru mięśni podniebienia miękkiego i oka. W naszym przypadku zajęły one znaczny obszar, gdyż cały szereg nerwów mózgowych w niezwykłym asymetrycznym zespole, przeważnie po lewej stronie szyi.

5) W naszym przypadku dość wybitnie zaznaczyło się równoczesne współdziałanie czynnika zakaźnego neurotropicznego z miescowym czynnikiem mechanicznym, które to oba czynniki razem złożyły się na powstanie niezwykłego obrazu klinicznego.

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B.) krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Przyczynek w sprawie ogłoszonego przypadku zupełnego odwrotnego ułożenia trzew.

Podał

Prym. Dr Antoni Krokiewicz.

W roku 1913 ogłosiłem w »Przeglądzie lekarskim« Nr 1, przypadek zupełnego odwrotnego ułożenia wnętrzności w klatce piersiowej i jamie brzusznej u dorosłego mężczyzny 25-letniego, u którego rozpoznanie tego zboczenia mogło być dokonane za życia z całą ścisłością przez zastosowanie prześwietlania promieniami Röntgena. Chory ów pomimo ciężkiej pracy zawodowej, jako pomocnik murarski, nie doznawał przez długi czas żadnych przypadłości. Dopiero od roku zaczął kaszleć i miał duszność wskutek poczynającej się niedomogi mięśnia sercowego, wywołanej zaburzeniami w krążeniu w następstwie nabytej najprawdopodobniej w życiu pozapłodowem wady zastawkowej (insufficientia valv. bicusp. c. stenosi ostii venosi sin.). Przypady te chorobowe rychło się wyrównały w czasie pobytu szpitalnego. W październiku roku 1913 zgłosił się ów chory ponownie na oddział z objawami znacznej niedomogi mięśnia sercowego — i po kilku tygodniach zakończył życie (3. XI. 1913). Oględziny pośmiertne, dokonane w Zakładzie anatomii patologicznej Uniw. Jagiell. przez prof. Dra Glińskiego, potwierdziły w zupełności rozpoznanie kliniczne, ale także wykazały prócz tego nieznaczne zmiany chorobowe na zastawce trójdzielnej. Ułożenie głównych pni naczyniowych było prawidłowe i odpowiadało — zgodnie z rozpoznaniem za życia — zmienionym warunkom przemieszczenia i odwrotnego ułożenia serca. Następujący protokół oględzin pośmiertnych rzecz bliżej uzupełnia:

Rozpoznanie anatomiczne: Endocarditis chronica mitralis et tricuspidalis. Stenosis ostii venosi sin. majoris gradus. Hypertrophia et dilatatio atrii cordis sin. et totius cordis d. Induratio cyanotica pulmonum, renum. Hyperaemia passiva universalis. Hydrops universalis medii gradus. Situs viscerum inversus completus.

Budowa i odżywienie mierne. Skóra blada, na twarzy lekko zasiniona. Tkanka podskórna, zwłaszcza na kończynach dolnych, lekko surowiczo obrzękła. Kościec i stawy prawidłowe. Mięśnie prawidłowo rozwinięte, niezmienione. Naczynia obwodowe i nerwy obwodowe bez zmian.

Czaszka symetrycznie wysklepiona; kości jej dość cienkie. Opona twarda łatwo oddziela się od kości, prawidłowo gruba, po stronie wewnętrznej gładka. Zatoki żylne zawierają sporą ilość wiotkich skrzepów pośmiertnych. Opony miękkie cienkie, gładkie, lśniące, dość silnie ukrwione. Tętnice na podstawie mózgu niezmienione.

Mózg: w środkowej części prawego jądra soczewkowatego, sięgając w obręb torebki wewnętrznej, znajduje się jamka, wielkości grochu, wypełniona jasną cieczą i posiadająca ściany zupełnie gładkie, żółtawo-bronzowawo zabarwione. Zresztą mózg dość silnie ukrwiony, prawidłowej spoistości, makroskopowo niezmieniony. Komórki mózgowe prawidłowo szerokie; wyściółka ich gładka. Móżdżek, most Varola, rdzeń przedłużony, dość silnie ukrwione, zresztą makroskopowo niezmienione.

Jamy opłucne zawierają po kilka łyżek cieczy surowiczej, jasnej; prócz tego zawierają dość rozległe, lecz wiotkie, tudzież taśmowate zrosty. Opłucne poza zrostami wszędzie cienkie, gładkie, lśniące. Płuco lewe ma trzy płaty, a płuco prawe ma dwa płaty; zresztą płuca zupełnie prawidłowo ukształtowane. Miąższ płucny wogóle zbitszy, twardszy, wszędzie powietrzny, miejscami czerwono plamisty, przy ucisku zalewa się dużą ilością cieczy pienistej, jasnej, nieco rdzawo podbarwionej. Zresztą wśród miąższu płucnego nie stwierdzono nic nieprawidłowego. Oskrzele lewe nieco krótsze, niż prawe i rozpada się na 3 główne gałęzie. Błona śluzowa oskrzeli jest silnie przekrwiona, sinawo zabarwiona, pulchna, sporą ilością gęstego śluzu pokryta. Gruczoły oskrzelowe czarno od pyłu węglowego zabarwione, trochę powiększone, nieco twardsze.

Tarczyca wielkości prawidłowej, sinawo zabarwiona, zresztą niezmieniona. Błona śluzowa gardła zasiniona, migdałki bez zmian. Błona śluzowa krtani, a zwłaszcza tchawicy zachowuje się podobnie, jak w oskrzelach.

Na błonie wewnętrznej tętnicy płucnej dość liczne, drobne, płaskie, białawo-żółtawe zgrubienia, zresztą naczynia płucne nie przedstawiają nic nieprawidłowego. Worek

osierdziowy wraz ze swoją zawartością znajduje się w klatce piersiowej po stronie prawej. Worek osierdziowy zawiera około $^1/_4$ litra cieczy surowiczej, jasnej. Osierdzie i nasierdzie cienkie, gładkie, lśniące; tkanka podnasierdziowa bez zmian. Serce przedstawia się, jak w obrazie zwierciadlanym tak, że serce lewe zwrócone jest ku stronie prawej, a serce prawe ku stronie lewej, przyczem wierzchołek serca jest skierowany ku stronie prawej. Wielkie pnie naczyniowe serca są rozmieszczone odpowiednio do nieprawidłowego ukształtowania (zwierciadlanego obrazu) serca. Serce jest dość znacznie powiększone, prawie wyłącznie jednak w wymiarze poprzecznym. Lewa komórka nieznacznie powiększona, jej ściana mięsna nie zgrubiała. Lewy przedsionek bardzo znacznie rozszerzony, ściana jego wyraźnie zgrubiała Płaty zastawki dwudzielnej pozrastane ze sobą, znacznie poskracane, zgrubiałe, częściowo zwapniałe, niepodatne; nitki ścięgniste poskracane, znacznie zgrubiałe. Ujście żylne lewe znacznie zwężone (z trudnością przepuszcza czubek małego palca). Zastawki półksiężycowate aorty niezmienione, ujście tętnicze lewe nie zwężone.

Prawa komórka i prawy przedsionek znacznie rozszerzone. Ściana, zwłaszcza komórki, znacznie zgrubiała; skrzepów za życia powstałych nie znaleziono. Jakiejś nieprawidłowej komunikacyi pomiędzy sercem lewem a prawem nie stwierdzono. Płaty zastawki trójdzielnej nieco zgrubiałe, stwardniałe, lekko poskracane; zresztą zastawki prawego serca niezmienione; ujścia nie zwężone. Mięsień sercowy prawidłowo jędrny, dość silnie ukrwiony; na przekrojach z przeciętych naczyń wydobywają się obfite krople krwi. Naczynia wieńcowe niezmienione. Tętnica główna po odejściu od serca przebiega w ten sposób, że jej łuk skierowuje się nie jak normalnie ku stronie lewej, lecz ku prawej, przyczem aorta zstępująca biegnie więcej po prawej stronie kręgosłupa. Przewód Bothala całkowicie zarośnięty.

Jama brzuszna zawiera około litra cieczy surowiczej, jasnej. Otrzewna cienka, gładka, lśniąca. Trzewa w jamie brzusznej ułożone jak w obrazie zwierciadlanym, a mianowicie: śledziona leży w prawem, wątroba w lewem podżebrzu; wpust żołądka znajduje się po stronie prawej, odźwiernik po lewej stronie; kątnica wraz z wyrostkiem znajduje się na lewym talerzu biodrowym, kiszka zaś zstępująca przebiega po stronie prawej. Odpowiednio do ułożenia żołądka i dwunastnicy głowa trzustki leży po stronie lewej, a ogon jej po stronie prawej. Śledziona mniejwięcej w dwójnasób powiększona; miąższ jej ciemnowiśniowy, jędrny, twardy. Nerki lekko powiększone, zbitsze, twardsze, torebka z nich schodzi łatwo, powierzchnia ich gładka, istota korowa sinawo-szaro zabarwiona, rdzeniowa sinowiśniowa. Miedniczki i kieliszki, moczowody, pęcherz moczowy — bez zmian. Nadnercza, trzustka — prawidłowe. Wątroba leży w lewem podżebrzu i jest ukształtowana tak, jak w obrazie zwierciadlanym; jest ona dość duża, miąższ jej zbitszy, twardszy, na przekroju muszkatołowy. Woreczek żółciowy i przewody żółciowe są rozmieszczone odpowiednio do umiejscowienia i ukształtowania (zwierciadlanego obrazu) wątroby; zresztą niezmienione. Przełyk na szyi leży poza tchawicą nieco więcej ku stronie prawej, w śródpiersiu tylnem przebiega po stronie lewej aorty zstępującej, z którą krzyżuje się ponad przeponą, biegnąc przed aortą i zdążając ku stronie prawej; po przejściu przez otwór przełykowy przepony (foramen oesophageum diaphragmatis) przechodzi przełyk we wpust żołądka, umieszczony po stronie prawej. Żołądek i jelita poza opisanem zboczeniem w położeniu okazują błonę śluzową wogóle dość silnie biernie przekrwioną, dużą ilością śluzu gęstego pokrytą. Gruczoły krezkowe i pozaotrzewne bez zmian. Naczynia jamy brzusznej i części płciowe prawidłowe.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

F a g g e l l a. **O wydalaniu kwasów oksyproteinowych i ich znaczeniu przy rozpoznawaniu różniczkowem niektórych chorób.** (La Riforma med. Nr. 42, 1913) Już od dawna wnoszono o nasileniu spraw spalania w ustroju ze stosunku siarki obojętnej do siarki kwaśnej, wydalanych z moczem, sprawę spalania uważano za tem silniejszą im mniejsza była ilość siarki obojętnej w stosunku do siarki kwaśnej. Jednakże obliczenia te nie mogły dawać pewnych wyników, gdy ilość siarki obojętnej wydalanej z moczem oprócz zależności od sposobu żywienia ulegała wybitnym wahaniom indywidualnym. Z badań tego rodzaju wynika jednak w każdym razie, że zwiększoną ilość siarki obojętnej w moczu znajdowano w przebiegu żółtaczki z najrozmaitszych przyczyn, przy cystynuryi, włóknikowem zapaleniu płuc, cukrzycy, przerostowej marskości wątroby, nieżycie żołądka i dwunastnicy w połączeniu z żółtaczką, w ostrych chorobach gorączkowych, gruźlicy ciężkich, niedokrwistościach, charłactwie na tle nowotworów i. i. W r. 1897. Bądzyński i Gotlieb wykryli w moczu ludzkim połączenia azotowe zawierające siarkę i nazwali je kwasami oksyproteinowymi; ciała te stanowią główną część siarki obojętnej i uchodzą za przejściowy wytwór utleniania białka. Od tego czasu cały szereg autorów wziął sobie za cel badanie wydalania tych połączeń tak u osób zdrowych, jak i u chorych na najrozmaitsze choroby. Tak n. p. Salomon i Saxl stwierdzili prawie u wszystkich osób, cierpiących na raka, zwiększenie się w moczu azotu, zawartego w kwasach oksyproteinowych aż do 3·5% całkowitej ilości azotu, natomiast u całego szeregu osób zdrowych, względnie nie dotkniętych rakiem, wartość ta wahała się około 1·5% i tylko w 3 przypadkach schorzeń wątroby wynosiła 2%. Inni badacze stwierdzili zwiększenie się ilości wydalanych z moczem kwasów oksyproteinowych w przebiegu duru, odry, zapalenia płuc włóknikowego, róży, zatrucia fosforem i lizolem. F. postanowił rozszerzyć badania w tym względzie na najrozmaitsze stany chorobowe, chcąc przekonać się, jaką rolę odgrywać może ten czynnik w rozpoznaniu różniczkowem; szczególnie zaś zajmował się przypadkami puchliny brzusznej tak na tle marskości zanikowej wątroby, jak i gruźliczego zapalenia otrzewnej, rozpoznanie bowiem w tym kierunku jest czasem niezmiernie trudne, niekiedy zaś wprost niemożliwe. Chorzy, badani przez F., przez cały czas doświadczenia nie pobierali żadnych leków, byli na takiej samej dyecie i były to przypadki przeważnie nie gorączkowe. Równocześnie badał F. zachowanie się kwasów oksyproteinowych u kilku osób zupełnie zdrowych. Z badań tych wynikło, że znaczne zwiększenie ilości wydalanych z moczem kwasów oksyproteinowych zachodzi przy gruźliczem zapaleniu otrzewnej, marskości Picka, raku wątroby, raku żołądka, chorobie Addisona, zapaleniu płuc i białaczce; nieznaczne zwiększenie znalazł F. w przypadkach śródmiąższowego przewlekłego zapalenia nerek i kamicy żółciowej. Prawidłowowy dzielają się kwasy oksyproteinowe w przypadkach mięsaka, moczówki prostej, cukrzycy, wrodzonych wad serca i przewlekłych nieżytów żołądka; nieco poniżej normy wydzielają się w przypadkach zanikowej marskości wątroby. Co się tyczy pytania czy na podstawie tych wyników można wykryć czynniki chorobowe, które wpływają na zmiany ilościowe w wydalaniu się kwasów oksyproteinowych w rozmaitych cierpieniach, to Fl. twierdzi, zwłaszcza na podstawie doświadczeń Zagariego i d'Amata, że nie wchodzi tu w grę mniejsze, lub większe nasilenie ogólnych spraw spalania w ustroju; raczej zachodzą tu wpływy natury toksyczno-zakaźnej. I rzeczywiście we wszystkich przypadkach F. gdzie zwiększona była ilość kwasów oksyproteinowych w moczu, można wykazać ten czynnik toksyczno-zakaźny (gruźlica, rak, zapale-

nie płuc, choroba Addisona i t. d). Ważniejszym jednak dla kliniki jest fakt, że w puchlinie brzusznej w następstwie gruźliczego zapalenia otrzewnej jest ilość kwasów oksyproteinowych w moczu znacznie zwiększona, natomiast jest prawidłowa, lub nie zmniejszona w przebiegu zanikowej marskości wątroby. Różnicę tę bowiem można w danym razie wyzyskać jako czynnik rozpoznawczy. Tak samo zwiększenie się ilości kwasów oksyproteinowych przemawia za rakiem żołądka, gdy rozpoznanie waha się między rakiem, a zwykłym nieżytem żołądka z upośledzonem, lub zmienionem wydzielaniem kwasu solnego Wprawdzie liczba badanych przez F. przypadków nie jest wielka, jednakże uderzająca jest stałość uzyskanych przez niego wyników. Dr. T. T.

Higiena.

(Z posiedzeń referatowych lekarzy miejskich w Krakowie)

Kulka: **Problemy wentylacyi.** (Der Amtsarzt Nr 3 i 4, 1913.) Autor przypomina znane badania Pettenkofera, według których powietrze w zamkniętej przestrzeni należy uważać za zepsute, gdy ilość CO_2 w powietrzu przekroczy stosunek 1 $^0/_{00}$. Bezwodnik węglowy sam nie jest przytem szkodliwy w tem rozcieńczeniu, ale jako względnie łatwo oznaczalny jest dobrym wskaźnikiem zużycia powietrza. Brown-Sequard i D'Arsonval sądzili, że udało im się znaleźć w powietrzu wydechowem ciało organiczne trujące, zwane przez nich antropotoksyną, ale badania całego szeregu autorów niemieckich, francuskich i włoskich wykazały, że wiele innych czynników działało zabójczo w doświadczeniach Brown-Sequarda i D'Arsonvala, tak, że przypuszczenie istnienia antropotoksyny było nieuzasadnione. Weichardt znowu przypisywał szkodliwe działanie powietrza wydychanego t. zw. kenotoksynie, którą wydobył ze zmęczonych mięśni, co jednak także nie zostało potwierdzone. Natomiast twierdzenia techników, którzy przypisywali szkodliwe działanie zepsutego powietrza w zamkniętej przestrzeni innym czynnikom, doznały poparcia przez szkołę wrocławską Flüggego. Badania bardzo skrupulatne tej szkoły stwierdziły, że najważniejszym szkodliwym czynnikiem dla większej ilości osób, przebywających w zamkniętej przestrzeni, jest utrudnienie oddawania ciepła, natomiast powstające gazy, nawet o nieprzyjemnej woni, nie są wprost szkodliwe dla zdrowia. Niebezpieczniejsze już byłyby ciała stałe, unoszące się w powietrzu, a zatem pył i drobnoustroje chorobotwórcze. Jednakowoż grubszy pył szybko opada na ziemię i dlatego wchodzi w rachubę tylko tam, gdzie pył bywa wzniecany przez ciągły ruch, jak w szkołach, salach tańców, gospodach, zakładach przemysłowych i t. p Bakterye, wydostające się z ust i nosa ludzi przy mówieniu, kichaniu, kaszlu i t. d., wiszące na drobnych kropelkach wydzielin ludzkich, opadają na ziemię — o ile niema przewiewu — w ciągu 10 minut do godziny; te kropelki mogą być wyrzucane na odległość 6—9 m, przy przewiewie o szybkości 10 cm/sek. nawet na odległość 30 m. Ale te bakterye, zawarte w kropelkach w skąpej zresztą ilości, szybko giną z powodu wysychania i działania światła. Po rozważeniu tych wszystkich czynników dochodzi autor do wniosku, że tak odnawianie powietrza, jak i jego poprawianie przez chłodzenie i usuwanie nagromadzonych gazów i pary wodnej powinny być stosowane w jak najszerszej mierze. Poprawianie powietrza przez wtłaczanie do przestrzeni czyto gazów, czyto rozpylonych płynów, dotychczas się nie udało. Ani ozon, ani tak szeroko reklamowana perolina, fichtolina i t. p. nie mają znaczenia, w szczególności zaś zwraca się autor energicznie przeciw reklamowaniu peroliny, która w używanem rozcieńczeniu zawiera tylko bardzo drobne ilości formaliny, nie wchodzące zupełnie w rachubę jako środek odkażający. Zawarte w perolinie olejki żywiczne chwilowo wzniecają woń przyjemną, a woda drobno rozpylona częścią porywa ze sobą na ziemię pył wiszący w powietrzu, częścią zaś ochładza powietrze. Wynika z tego, że zwykłe rozpylanie wody zastąpić może w zupełności rozpylanie rzekomo odkażającej peroliny. Autor przytacza jędrne zdanie Pettenkofera: »Jeżeli w izbie znajduje się kupa gnoju, to nikt nie będzie jej polewać wodą kolońską ani rozpylać w powietrzu pachnideł, ale każdy przedewszystkiem gnój usunie.« Weinsberg.

Sprawy Towarzystw naukowych

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie z dnia 1. XII 1913.

Na posiedzeniu tem 1) przedstawił m. i. Czł. H. Hoyer pracę p. H. Wielowieyskiego p. t.: **Badania nad anatomią, histologią i cytologią organów rozrodczych ryb kostnoszkieletowych.**

2) Sekretarz zawiadomił, że posiedzenie Komisyi historyi nauk matematyczno przyrodniczych odbyło się dnia 21 czerwca 1913 r. Na posiedzeniu tem przedstawił m. i. X. Czaykowski komunikat o rękopisie, znajdującym się w bibliotece XX. Augustyanów. Rękopis ten, oznaczony liczbą 280, zawiera drobną pracę, która daje odpowiedź na kilkanaście pytań treści fizyologicznej. Stanowisko autora, mimo iż zdradza jeszcze pewne ślady oderwanej spekulacyi, zwraca się przecież przeważnie na drogę spostrzeżeń; autor walczy przeciwko przesądom, na rozstrząsane zapytania szuka odpowiedzi uchwytnej, którą możnaby było sprawdzić na drodze doświadczalnej. W taki sposób roztrząsa n. p. następujące pytania: »czemu człowiek chrypnie, kiedy ogląda pysk wilkowi?« (pogląd przechowany do dziś dnia w znanem hiszpańskiem przysłowiu); »czemu zwierzęta obrośnięte lenią się zimą prawie wszystkie, przynajmniej częściowo, a wieprze nie?«; »czemu człowiek z gniewu blednie, a ze wstydu się rumieni?«; »czemu z ust cuchnie człowiekowi o płaskim nosie albo garbatemu?«; »czy ptakom co zastępuje przewód moczowy?«, »czy możemy przez wpływ na wyobraźnię oszukać zwierzę?«. Odpowiadając na to ostatnie pytanie, opisuje chód skaleczonej kozy; używając przytem wyrazu »protendit«, podpisuje po polsku »przewłoczy« Twórcą rękopisu był niejaki Eneasz. Kim był ten Eneasz, obeznany z Arystotelesem i Ptolomeuszem, poprzednik Kopernika i Jana Głogowczyka? Skąd czerpał bodźca i wskazówek? Czy znał ówczesne ludowe lecznictwo? Mówca nie znalazł dotychczas odpowiedzi.

Następne posiedzenie Komisyi historyi nauk matemat.-przyrodniczych odbyło się dnia 15 listopada 1913 r. Na posiedzeniu tem Prof. Wrzosek podał wiadomość o niewydanym atlasie anatomicznym słynnego chirurga, profesora Wszechnicy Jagiellońskiej. Ludwika Bierkowskiego (1801—1860). Bierkowski zaczął wydawać w Berlinie w r. 1849 atlas anatomiczny p. t. »Chirurgisch-anatomischer Atlas, bestehend aus 60 bis 65 sauber gestochenen und naturtreu illuminierten Kupfertafeln... Eine Pracht-Ausgabe«. Wyszła zaledwie trzecia część tego istotnie wspaniałego wydawnictwa, stanowiącego dziś wielką rzadkość bibliograficzną. Nie ma tego atlasu Biblioteka Jagiellońska, ani uniwersyteckie biblioteki we Lwowie i w Wiedniu. Posiada go natomiast biblioteka Uniwersytetu Berlińskiego. Egzemplarz tej biblioteki składa się z 20 kolorowych tablic; na wewnętrznej stronie okładki znajduje się dopisek: »Hierin zwanzig Tafeln, nicht mehr erschienen«. Nakładca atlasu zaręcza w przedmowie, że zeszyty atlasu Bierkowskiego rychło będą po sobie następować, ponieważ poczynił wszelkie do wydawnictwa przygotowania, posiada połowę miedziorytów i większość rysunków do następnych tablic. Przyczyna zaniechania wydawnictwa nie jest wiadoma. Wydane tablice odznaczają się dokładnością i artystycznem wykonaniem. Przez długi czas nie było wiadomo, co stało się z oryginałami

niewydanych tablic. Część ich znalazła się niedawno w Przemyślu w zbiorach Towarzystwa przyjaciół nauk, mianowicie 15 tablic oryginalnych rysunków Bierkowskiego. Sześć tablic jest kolorowych, reszta zrobiona ołówkiem lub tuszem. Z liczby 15 oryginalnych tablic 4 są już reprodukowane w egzemplarzu biblioteki uniwersyteckiej w Berlinie. Prócz tego w zbiorach przemyskich znalazły się 22 tablice atlasu Bierkowskiego, już odbite. Wśród tych tablic są 4, których niema w egzemplarzu berlińskim. Z liczby 60 do 65 tablic, z których miał się składać atlas Bierkowskiego, zostało zatem wydanych 24, oryginałów pozostało 11, co stanowi razem 35 tablic, a więc większą część atlasu. Co stało się z resztą rysunków, nie można było dojść. Dzięki uprzejmości Zarządu Tow. przyj. nauk w Przemyślu niedokończony atlas i rysunki anatomiczne Bierkowskiego stały się, drogą wymiany, własnością Muzeum historyi medycyny w Uniwersytecie Jagiellońskim. Rysunki anatomiczne odznaczają się tak wielką dokładnością, iż obecnie mogłyby być reprodukowane w każdym podręczniku lub atlasie anatomii.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie z d. 3. XII. 1913.

Przewodniczy: wiceprezes Prof. Dr Nowotny. Obecnych członków 64.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Na członka Towarzystwa przyjęto jednogłośnie kol. Karola Mayera.

3) Wybrano komisyę przedwyborczą, do której weszli: Prym. Borzęcki, Cercha, Damski, Engländer, Filipkiewicz sen., Friedmann, Prof. E. Godlewski, Grzybowski, Habicht, Herman Hirsch, Kostecki, Krzyszkowski, Prof. Krzyształowicz, Lachs, Jan Landau sen, Prof. Julian Nowak, Owsiński, Piotrowski, Poźniak, Radwańska, Prof. Rosner, Rydel, Surzycki, Zygmunt Wachtel sen., Wespański, Zydłowicz.

4) Kol. prof. Lewkowicz przedstawia dziewczynkę 7-letnią M. K. po operacyi doszczętnej, wykonanej przez kol. prof. Nowotnego na wyrostku sutkowatym i częściach przyległych **z powodu zapalenia surowiczego opon.**

Dziewczynka przyjęta została do kliniki pedyatrycznej z ostrymi objawami oponowymi i objawami zapalenia ucha środkowego oraz komórek wyrostka sutkowatego z przebiciem błony bębenkowej. Na podniesienie zasługuje, że objawy uszne nie były zbyt natężone: wypływ cuchnący z przewodu, lekka bolesność przy ucisku na skrawek, bolesność wyrostka sutkowatego, coraz wyraźniejsza w ciągu spostrzegania, jednak bez wyraźnego zaczerwienienia skóry lub obrzmienia w tej okolicy.

Objawy oponowe także nie były zbyt silne: ślad sztywności karku, ślad objawu Kerniga, bóle głowy, wymioty. Gorączki nie tylko nie było, ale nawet były stany subnormalne w pierwszych dniach pobytu chorej w klinice, a dopiero potem zaczęła się ciepłota nagle podnosić. Można się było wahać, czy opony rzeczywiście są zajęte, a jeżeli tak, czy istnieje wskazanie do energiczniejszego wystąpienia.

W podobnych przypadkach badanie płynu mózgowo-rdzeniowego z uwzględnieniem stosunków ilościowych co do ciśnienia, ilości i jakości białka, ilości i jakości ciałek białych, obecności bakteryi, daje rzeczywiście bardzo ważne wskazówki. W przypadku przedstawionym zostało ono wykonane przed operacyą trzy razy. Znaleziono ciśnienie początkowo prawidłowe, później nieco wzmożone (28 mm Hg), ilość białka początkowo prawidłową (0·01%), potem nieco wzmożoną (0·03%), przyczem odczyn globulin, początkowo ujemny, stał się dodatnim. Tylko ilość ciałek białych była od początku wzmożona w czwórnasób (około 8 w 1 mm^3), a później wzmożenie stało się jeszcze wybitniejszem (30 w 1 mm^3). Chodziło początkowo o same limfocyty, później zjawiły się także ciałka wielojądrzaste (ropne) jako nieznaczna przymieszka (8%). Badanie bakteryologiczne wypadło ujemnie.

Z badania płynu wynikało, że opony są zajęte zapaleniem surowiczem. Najczulszym objawem tego zapalenia, gdyż pojawił się on przed innymi, była pleiocytoza, wzmożenie ilości ciałek białych. Postęp sprawy był z badania płynu widoczny, ale nie zbyt gwałtowny.

Tego rodzaju aseptyczne surowicze zapalenia opon przy zajęciu zapalnem ucha środkowego należy uważać za wynik zapalnego obrzęku obocznego. Są one pierwszym objawem, niejako pierwszym etapem posuwania się zapalenia ku oponom. Po tem zapaleniu surowiczem następuje drugi etap: zapalenie ropne, i to, jakby wynikało z drugiego przypadku, którego przebieg kol. L. przytoczył, zrazu aseptyczne; wreszcie sprawa kończy się trzecim etapem: wtargnięciem mikrobów ropotwórczych i ogólnem ropnem, zawsze śmiertelnem zapaleniem opon.

Wobec tych możliwości ostre zapalenie surowicze pochodzenia usznego powinno stanowić bezwarunkowe wskazanie do usunięcia ropnego ogniska pierwotnego w uchu środkowem. Istnieją tu pewne analogie z zapaleniem wyrostka robaczkowatego. W jednym i drugim przypadku chodzi o niebezpieczeństwo przeniesienia się sprawy na sąsiednią błonę surowiczą, opony lub otrzewnę. Gdy jednak otrzewna może się bronić zbliżeniem się sieci, wytworzeniem zrostów, tak że w przeważnej liczbie przypadków powstaje tylko ograniczony ropień, a nie rozlane zapalenie, to w oponach na podobną obronę wcale liczyć nie możemy, a przeważnie musimy brać w rachubę jeszcze jedno niebezpieczeństwo, że do sprawy może być wciągnięta zatoka poprzeczna. Dlatego, o ile można nie pisać się na stanowisko chirurgów, że każde zapalenie wyrostka robaczkowego musi być leczone operacyjnie. o tyle postępowanie doszczętne przy zapaleniach opon wydaje się kol. L. jedynie racyonalnem, niewykonanie zaś zabiegu musi być uważane za ciężkie zaniedbanie wobec chorego.

Pod jednym względem znajdujemy się co do zapalenia wyrostka sutkowatego w lepszem położeniu, aniżeli przy zapaleniu wyrostka robaczkowatego: mamy ściślejsze wskazania operacyjne, gdyż dzięki badaniu płynu mózgowordzeniowego możemy wyrobić sobie względnie jasne pojęcie o tem, co się w oponach dzieje.

Operacyi doszczętnej dokonał prof. Nowotny (rozdłutowanie wyrostka, dotarcie do opony twardej, usunięcie z niej wysięku włóknikowo-ropnego, otwarcie zatoki poprzecznej i usunięcie z niej skrzepu). Po operacyi objawy zapalenia opon szybko ustąpiły, a badanie płynu mózgowordzeniowego wykazało stosunki prawidłowe.

W związku z przedstawionym przypadkiem omawia kol. L. przebieg w drugim analogicznym przypadku, który jednak nie był operowany i zakończył się niekorzystnie.

S. P., lat 9, leżał w klinice od marca do maja z ropnicą gronkowcową i ogniskiem zapalnem w płucu jako prawdopodobnym punktem wyjścia. Wyszedł podleczony, a w domu zupełnie przyszedł do siebie. Wrócił w październiku z objawami oponowymi. Badanie wykazało początkowo zapalenie surowicze aseptyczne, później zapalenie ropne aseptyczne. Ucho lewe było nieco bolesne, ale bóle nie występowały samoistnie i bolesność stwierdzono dopiero po zwróceniu uwagi na możliwość pochodzenia usznego. Otyatra nie stwierdził jednak wybitniejszych zmian przy badaniu wziernikowem i pochodzenie uszne wyłączył. Wobec tego sprawa stała się niejasną. Uwzględniano trzy możliwości: związek z przebytą przed kilku miesiącami ropnicą, zapalenie opon nagminne z ujemnym na razie wynikiem badania bakteryologicznego i zapalenie pochodzenia usznego. Chory zmarł, a sekcya potwierdziła ostatnie przypuszczenie. Sprawa w tym przypadku postępowała o wiele gwałtowniej, aniżeli w pierwszym, było jednak niewątpliwie w początkach znaczne prawdopodobieństwo uratowania chorego przez zabieg doszczętny. Niestety rozpoznanie pochodzenia usznego było ze strony otyatry podane w wątpliwość.

Oba przypadki są pouczające z wielu względów. I tak wykazują one, jak nieznaczne mogą być niektóre objawy

uszne mimo niewątpliwego pochodzenia usznego zapalenia opon, jak ważne wskazówki może dać badanie płynu mózgowo-rdzeniowego co do tego, czy opony są zajęte i w jakim stopniu; wykazują konieczność postępowania doszczętnego i znaczne jego szanse we wczesnych okresach zajęcia opon i zajęcia zatoki poprzecznej.

5) Kol. prof. Nowotny, nawiązując do pierwszego przypadku, przedstawianego przez kol. Lewkowicza, omawia szczegółowo zabieg operacyjny i jego przebieg. Na dowód, że zabiegi takie często dają dobre wyniki, przytacza chorego z kliniki chorób nerwowych, którego operował przed kilku miesiącami. Pokazuje następnie gwizdek dziecinny, który kilka dni temu wyjął zapomocą ezofagoskopii z przełyku.

W dyskusyi przemawiali: a) prof. Kader, zaznaczając radykalne stanowisko kliniki chirurgicznej w zapaleniach wyrostka sutkowatego i omawiając następnie przypadek połknięcia małego pieniądza, który niedawno miał sposobność operować. W przypadku tym niewprawny lekarz przy próbach ezofagoskopii zrobił sztuczny kanał obok przełyku w tkance łącznej. Wykonana następnie przez Kadera ezofagotomia już chorego uratować nie mogła. — b) Prof. Gliński podaje obraz sekcyjny wyżej wspomnianego przez Kadera przypadku, nadmieniając, że ten sztuczny kanał, zrobiony ezofagoskopem, sięgał aż do podziału tchawicy.

6) Kol. Jaworski przedstawił chorą, operowaną z powodu **kamicy żółciowej,** w której z płynu, znajdującego się w woreczku żółciowym, wyhodował **drobnoustroje duru**. Chora dur przechodziła przed dwoma laty.

7) Kol. Składkowski przedstawił chorą, operowaną z powodu **zapalenia wyrostka robaczkowego.**

8) Kol. Hładyj przedstawił: a) chorego operowanego przez siebie z powodu pęknięcia **wrzodu dwunastnicy**, z wynikiem pomyślnym, omawiając przy tej sposobności sam zabieg operacyjny, etyologię i rozpoznanie różniczkowe tego cierpienia; b) chorego operowanego z powodu **włamania czaszki,** wywołanego uderzeniem żelaznego młotka.

9) Kol. prof. Kader przedstawił: a) chorego operowanego z powodu obustronnego **zapalenia wyrostka sutkowatego**; b) chorą z gastrostomią, wykonaną z powodu **zwężenia przełyku;** c) dwie chore operowane z powodu **zapalenia wyrostka robaczkowego;** d) przypadek **nerki torbielowatej,** usuniętej drogą operacyjną; e) chorego, u którego wstrzyknięcie salwarsanu wywołało porażenie mięśni ręki; f) chorego operowanego z dobrym skutkiem z powodu **raka krtani;** g) chorą, u której plastycznie wykonano staw łokciowy, przywracając jej zdolność ruchów w tym stawie. Sekretarz doroczny: J Zubrzyck

Posiedzenie z d 10. XII. 1913.

Przewodniczy: prezes Dr Janiszewski; obecnych członków 70.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Na członków Tow. przyjęto jednogłośnie kol. Dr Wacława Zakrzewskiego, Kornela Michejdę, Kazimierza Jaworskiego, Alexandra Lauera, Adama Wrzoska.

3) Prof. A. Rosner: przedstawia przypadek **cięcia cesarskiego,** wykonanego przy miednicy t. zw. **pelvis obtecta**, z powodu garbu.

4) Wybrano zarząd na rok 1914 w następującym składzie: Prezes: Prof. Dr Bronisław Kader, wiceprezes: Dr Adam Rydel, skarbnik: Dr Ackermann, gospodarz: Doc Dr Michał Seńkowski, sekretarz doroczny: Dr Kazim. Jaworski; Komisya kontrolująca: Dr Tymoteusz Piotrowski, Dr Eljasz Stahr. Komisya redakcyjna Przegl. lek.: Dr Maks. Blassberg, Prof. Dr Tadeusz Browicz, Prof. Dr Franc. Krzyształowicz, Prof. Dr Kaz. Majewski, Prof. Dr Maks. Rutkowski. Przew. Kom. przemysłowej; Dr Jan Frączkiewicz. Członkowie Rady zawiadowczej Tow. lek. gal.: Prof. Dr Tad Browicz, Prof. Dr Stan. Ciechanowski. Delegaci na Zjazd Tow. lek. gal.: Dr Adam Ackermann, Prof. Dr Stan. Ciechanowski, Prof. Dr Nap. Cybulski, Dr Damski, Prof. Dr Stan. Dobrowolsi, Dr Tomasz Janiszewski. Prof. Dr Kaz. Kostanecki, Dr August Kwaśnicki,Prym. Dr Jan Landau (senior), Dr Stefan Schöngut, Dr Józef Surzycki; zastępcy: Dr Tad. Berezowski, Dr Józef Krzyszkowski, Prof. Dr Wład. Reiss, Prym. Dr Zyg. Wachtel.

Pozostają nadal w urzędzie do końca trzechletnich kadencyi: sekretarz stały, bibliotekarz, redaktor i administrator »Przeglądu lek.«. Dr Zubrzycki, sekretarz

Wydział lekarski Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu.

Zebranie d. 7. V. 1913.

Zebranie to odbyło się w nowym Zakładzie ortopedycznym dla kalek im. B. S. Gąsiorowskiego na Bytyniu.

1) Kierujący lekarz kol. Wierzejewski przedstawia historyę zakładu, ufundowanego przez córkę ś. p. B. S. Gąsiorowskiego, która na ten cel ofiarowała 2 miliony marek. Zakład urządzony jest według najnowszych wymagań techniki i higieny i jest bogato wyposażony w pierwszorzędne instrumentaryum w zakres ortopedyi wchodzące.

2) Koledzy Wierzejewski, Skoczyński, Pawlicki przedstawiają **szereg przypadków** bardzo ciekawych **z dziedziny ortopedyi** i chorób nerwowych, wśród których podnieść należy przypadek obustronnego rozlanego naczyniaka limfatycznego nóg u noworodka.

3) Przyjęto na członków Dra Stefana Wysockiego z Poznania, Dra Feliksa Piotrowskiego z Zbąszynia, Dra Kaźmierza Sella z Kcyni, Dra Stanisława Górnego z Kowanówka.

Po zebraniu naukowem kol. Wierzejewski podejmował obecnych koleżeńską wieczerzą. Adam Karwowski.

Zebranie z dnia 23. V. 1913.

1) Zagajając zebranie wiceprezes kol. Łazarewicz omawia dzieło prof. Wrzoska: »Propedeutyka lekarska« i poleca je gorąco do studyów.

2) Kol. Pawlicki przedstawia chorego, u którego operował nowotwór szczęki, wrastający w jamę Highmora, przez resekcyę górnej szczęki. Nowotwór miał utkanie włókniaka. Wynik kosmetyczny nader korzystny.

3) Kol. Wierzejewski pokazuje chorą 15-letnią ze skróceniem kości udowej. Różnica wynosi 6—8 cm, a polega na **częściowym braku kości udowej,** jak to stwierdziło badanie promieniami Roentgena. Istnieje tu

staw luźny, prawdopodobnie wrodzony, a zauważony z chwilą, gdy chora zaczęła chodzić.

W dyskusyi a) kol. Skoczyński zaznacza, że zapewne chodzi o wrodzony brak na podstawie aplazyi układu nerwowego; — b) kol. Szuman wspomina o nadliczbowem żebrze.

4) Kol. Wierzejewski zdaje sprawę z badania drobnowidowego tkanki u dziecka z obrzmieniem wrodzonem nóg (przedstawionego przy otwarciu zakładu ortopedycznego). Ponieważ stwierdzono tylko zwyczajne rozdęcie naczyń limfatycznych, przeto prelegent leczy ten przypadek kompresyą zapomocą opaski Esmarcha.

5) Kol. Karwowski zachęca do wzięcia udziału w wycieczce na Zjazd międzynarodowy w Londynie.

6) Kol. Szuman omawia **przypadek przewlekłego zesztywnienia kręgosłupa typu Bechtjerewa.**

Choć znano już dawniej zrosty kręgosłupa, to jednak główną zasługę opisania zniekształtniającego zapalenia kręgów (spondylitis deformans) przypisać należy Marie, Strümpellowi, Bechtjerewowi. Przypadek spostrzegany przez mowcę dotyczy 36-letniego mężczyzny, nieobciążonego dziedzicznie, wolnego od kiły i alkoholizmu. Chory miał w 22. roku przewlekłego wiewióra, poczem kilkakrotnie zapalenie tęczówki. Ożenił się w 28. roku życia i miał 2 słabowitych dzieci. W 29. roku rwa kulszowa, w 32. r. z. gościec stawowy w rękach, karku, kolanach, stopach i krzyżu. W r. 1909 miąższowe zapalenie nerek. Od kilku miesięcy utrudnione zginanie kręgosłupa i bóle rozpromieniające się z uczuciem ściskającego gorsetu. Kręgosłup o 30^{0} pochylony, odruchy wszystkie żywe. Oczy prawidłowe, tylko, jak stwierdził kol. Kapuściński, lewa źrenica skutkiem zrostów lekko ściągnięta i lewe ciało szkliste lekko zmętniałe. Badania promieniami Roentgena nie można było wykonać. Podobne objawy spostrzegali Anglicy u pracujących ciężko robotników, Plate zaś widział je u zwierząt z kręgosłupem pionowym (kangury i t. d.)

W dyskusy na zapytanie kol. Wierzejewskiego, czy nie zachodzi tu gruźlica i kol. Skoczyńskiego, czy nie było kiły, prelegent odpowiada, że ani nie było po temu danych, ani próba Wassermanna i Pirqueta nie były dodatnie.

Adam Karwowski.

Powstanie i rozwój sanatoryalnego leczenia gruźlicy płuc.

Podał

Dr Antoni Kuczewski z Zakopanego.

Myśl leczenia płuc powietrzem i stosownem odżywianiem, jak wiadomo, liczy co najmniej parę tysięcy lat. Powstała ona, o ile dotarły badania nowszych czasów do starych źródeł, już u Celsusa (urodził się w 30 r. przed N. Chr), który zalecał swym chorym pobyt nad morzem. Powietrze wiejskie, zwłaszcza lasów szpilkowych, stosowali Areteusz i Pliniusz starszy. Galenus zaś wysyłał swoich chorych w góry na mleczną kuracyę (1).

Medycynie ludowej niejednego narodu wszystkie te środki, razem lub z osobna wzięte, były oddawna znane. Może tem właśnie należy tłómaczyć, że myśl ta ciągle odradza się i zajmuje lekarzy w rozmaitych miejscach i czasach.

Najwcześniejszy jej ślad w epoce naszej znajdujemy w Szkocyi. W r. 1747 pewien lekarz, nie odważający się nawet wymienić swego nazwiska, pisze list z gór tego kraju do swych przyjaciół w Londynie, gdzie twierdzi, że najwa-

żniejszym — »most important« — czynnikiem w leczeniu suchot płucnych jest świeże powietrze i odżywianie — «fresh air and diet« (2). Trudno dociec, czy ten nieśmiały początek miał jaki wpływ na innego lekarza angielskiego, Dr. W. Buchana, który w wydanem w r. 1783 dziele »Treatise on Domestic Medicine« zaleca na gruźlicę płuc obok »pure and free air« i odżywiania się mlekiem, również przejażdżki konno i w powozie (3).

Niewiadomo również, jaki był związek między temi od czasu do czasu rzucanemi myślami, a założeniem w r. 1791 w Margate w południowej Anglii pierwszego przeznaczonego dla zołzowatych dzieci nadmorskiego szpitala pod nazwą »Royal Sea Bathing Infirmary«. Faktem wszakże, nie dającym się zaprzeczyć, pozostaje, że powstał on na pół stulecia przed takimiż zakładami francuskimi (4).

Na tem wszakże nie koniec. W pierwszej ćwierci XIX stulecia dwaj lekarze: jeden Szkot, a drugi Anglik, Campbell i A. Steward, podnoszą znowu lecznicze znaczenie omówionych wyżej środków. Steward wprowadza nadto środki wodolecznicze (5). W tym samym mniej więcej czasie, bo w r. 1814, zostaje otwarty w Londynie na City Road pierwszy szpital dla chorych na płuca pod nazwą »Royal Hospital for Diseases of the Chest« (6). Za nim idzie założony w r. 1841 tamże tegoż rodzaju »Brompton Hospital« (7). Zaznaczam ten fakt tylko dla ścisłości. Nie uważałbym bowiem wcale za szczęśliwy pomysł leczenia gruźliczych w szpitalach miejskich i pomieszczania ich razem z dotkniętymi innemi postaciami chorób dróg oddechowych, a nawet narządów krążenia krwi. Nadto, trudno nie zgodzić się z T. Duninem (8), że powstały te szpitale i inne późniejsze »bynajmniej nie w świadomym celu walki z gruźlicą«, ale dzięki dążeniu angielskich lekarzy do specyalizacyi w leczeniu chorób.

Nierównie ważniejszem natomiast zdarzeniem w walce z gruźlicą było pojawienie się w r. 1840 na gruncie znowu angielskim pracy Dra Georgea Bodingtona z Sutton Coldfield w hrabstwie Warwickshire pod tyt. »Essay on the Treatment and Cure of Pulmonary Consumption on Principles Natural, Rational and Succesful«(9). Tutaj na 14 lat przed H. Brehmerem angielski lekarz rozwija zasady powietrzno-dyetetycznego leczenia gruźlicy płuc w zamkniętym zakładzie. W przedmowie do tej pomnikowej pracy ogłasza autor, że wybudował zakład leczniczy dla gruźliczych, gdzie jako jedna z zasad leczenia będzie przeprowadzony ścisły — »almost hourly« — i stały, — »constant« — dozór lekarski — »medical supervision» — nad kuracyą, sposobem spędzania czasu i wogóle porządkiem dnia chorych. Rozwijając dalej myśl o położeniu zakładu, wymaga Bodington, aby było ono wysokie i suche — »high and dry« — teren piaszczysty albo żwirowaty — »sandy or gravelly bottom«, — powietrze wolne od mgieł i wilgoci — »free from fogs and dampness«.

Zbijając następnie przyjęte wówczas ogólnie leczenie ciepłem zamkniętych mieszkań »the warmth of a close room« i wziewaniem rozmaitych gazów, B. wypowiada następne znamienne słowa: »The only gas fit for the lungs is the pure atmosphere freely administred, without fear; its privation is the most constant and frequent cause of the progress of the disease. To live in and breathe freely the open air without being deterred by the wind or weather is one important and essential remedy in averting its progress«, co brzmi po polsku: »Jedynym dla płuc nadającym się gazem jest czyste powietrze. Używać go należy bez obawy. Brak powietrza stanowi najstalszą i najczęstszą przyczynę niepowstrzymanego rozwoju choroby. Istotnem i jedynie skutecznem lekarstwem dla jej powstrzymania jest życie i oddychanie świeżem powietrzem bez względu na wiatr i słotę«. W innem miejscu autor zaznacza, że choremu w żadnym przypadku nie wolno ze względu na stan powietrza zabraniać ćwiczeń fizycznych na otwartem powietrzu. »Chłód w naszym klimacie, dodaje, nigdy nie może być za ostry — too severe«.

Obok świeżego powietrza Bodington wprowadza drugi ważny czynnik leczniczy od trawiącej choroby, który zasadza się na »a nutrious diet of milk, fresh animal and farinaceous food (jedzenie)« z dodaniem »a proper quantum of wine«. To ostatnie zaleca stosować jednak bardzo oględnie, bo »having regard to the general state and condition of the patient«.

Zwyczajem angielskim nie rozwadniając swych myśli zbyteczną ilością słów, autor nasz po wyłuszczeniu głównych zasad swego sposobu leczenia na zakończenie podkreśla, że »the common hospital in a large town is the most unfit place imaginable for consumptive patients«. — »Ogólny szpital w wielkiem mieście jest najnieodpowiedniejszem miejscem, jakie tylko da się pomyśleć dla chorego na suchoty płucne«.

Widzimy przeto, że już w r. 1840 w Anglii niedaleko od Birminghamu zostało założone pierwsze sanatoryum dla gruźliczych, a wyżej przytoczony pobieżny zarys złotych myśli jego twórcy powinien każdego nieuprzedzonego przekonać, że nie Niemiec Herman Brehmer, ale Anglik George Bodington był ojcem sanatoryalnego leczenia gruźlicy płuc. Nie mówiąc już o najważniejszych czynnikach, jak czyste powietrze i odżywianie, ale ścisły dozór lekarski, hartowanie ustroju i ćwiczenia fizyczne zostały uwzględnione w tym powstałym na 14 lat przed Brehmerem planie leczenia. Co do pracy fizycznej, to w przeciwstawieniu do niemieckiej »Liegekur« będzie ona stanowiła charakterystyczny czynnik, jak to niżej zobaczymy, angielskiego sposobu sanatoryalnego leczenia gruźlicy płuc.

Jak teraz, tak i dawniej, Anglia przez swoje geograficzne położenie była mniej znana i odwiedzana od innych krajów przez cudzoziemców. Myśl Bodingtona, jak później Brehmera, natrafiła nietylko na obojętność, ale na silną niechęć i opór współrodaków. Brehmera wszakże w najtrudniejszych chwilach, bo w samym początku istnienia jego sanatoryum w Görbersdorfie, poparli zaufaniem w znacznej mierze chorzy cudzoziemcy (12). Bodington takiego poparcia otrzymać, nie mógł. Swoi go wyśmieli. Musiał zatem zwinąć swój zakład i oddać do użytku umysłowo chorych. Brehmer zaś potrafił przetrwać wyszydzania spółkolegów i po długiej wytrwałej walce o swoje zasady powoli zdobył ogólne dla nich uznanie. Myśl Bodingtona jednak zamarła nie odrazu.

Odradza się ona w r. 1855 u lekarza z Belfastu w Irlandyi, Henryka Mac Cormaca. W dziele swem, na owe czasy wprost co do głębi poglądów i treści klasycznem, noszącem długi tytuł: »On the Nature, Treatment and Prevention of Pulmonary Consumption and incidentally of Scrofula with a Demonstration of the Cause the disease« autor ten znowu podnosi myśl powietrzno-dyetetycznego leczenia i znowu bez skutku.

Dopiero w Niemczech pod wpływem znakomitych dzieł (10) już wspomnianego Hermana Brehmera i założonego przezeń w r. 1854 sanatoryum w Görbersdorfie na Śląsku Górnym myśl ta przyjęła się i powoli, w ciągu dziesiątków lat, zdobyła ogólne uznanie. Byłoby rzeczą zgoła zbyteczną rozwodzić się nad ogólnie znanemi Brehmerowskiemi zasadami leczenia, ale dla ciągłości, najbardziej zaś dla porównania z systemem Bodingtona, należy je choćby w najgrubszych zarysach sobie przypomnieć. A więc na pierwszym jego planie stoi 1) jaknajdłuższe przebywanie chorych na świeżem powietrzu; wbrew przyjętej później przez P. Dettweilera »Liegekur«, chorzy w Görbersdorfie mają dla siebie ułożony cały system przechadzek, przeplatanych częstymi odpoczynkami na ławkach, w parku po ścieżkach o stopniowym łagodnym spadzie. 2) Drugim podstawowym czynnikiem jest obfite o wielkiej ilości tłuszczu odżywianie. 3) Po trzecie, o ile pierwszy czynnik miał rozwijać małe i słabe (według Rokitanskyego i Louisa) serce gruźliczych chorych, o tyle wodoleczenie powinno było podnosić czynność skóry i hartować ustrój. 4) Po czwarte, stosowanie tych czynników leczniczych powinno być ściśle uzależnione od stanu zdrowia chorego i zmieniane nietylko co dnia, ale co godzi-

ny. 5) Po piąte, już z powyższych zasad wypływa, że zakład musi być zamknięty. i że lekarz poniekąd powinien być wychowawcą chorego. Nareszcie Brehmer, wbrew późniejszemu twierdzeniu odmiennemu Dettweilera, kładzie silny nacisk na wielką leczniczą własność klimatu górskiego.

Jeżeli te myśli Brehmera porównać z zasadami Bodingtona, to musi uderzyć wielkie ich podobieństwo: główne podstawy tesame u obydwóch, różnice zachodzą tylko w szczegółach, które dotychczas jeszcze nie są przez ogół lekarzy przyjęte. A więc, Bodington pomija zupełnie hydroterapię i nie wspomina nic o klimacie górskim, choć wymaga od położenia sanatoryum, aby było »high« — wysokie; w odżywianiu chorych również nie podkreśla tłuszczu. Nie można również nie podkreślić tu zgodności zapatrywania obu twórców obecnego leczenia gruźlicy płucnej, że chorzy odpowiednio do stanu swego zdrowia powinni pozostawać więcej w ruchu na świeżem powietrzu, niż w spokoju, tembardziej, że ten pogląd tylko w małym stopniu przyjął się na gruncie niemieckim wówczas, gdy rozwinął się w cały system na angielskim.

Wobec wielkiego podobieństwa obu rozpatrzonych systemów, nic dziwnego, że niektórzy pisarze angielscy starają się dopatrzyć w nich więcej, niż przypadkowego związku (11). Mimo atoli najskrupulatniejszych poszukiwań w dostępnem mi angielskiem i niemieckiem piśmiennictwie, nie udało mi się nigdzie znaleść najmniejszego dowodu, aby Brehmerowi było znane wyżej wymienione dzieło Bodingtona. Co więcej, Dr. Alfred Sokołowski, jak wiadomo, uczeń i spółpracownik Brehmera, listem swoim w tej sprawie do mnie jeszcze bardziej potwierdza moje przypuszczenie, że Brehmer doszedł do swego pomysłu samoistnie i niezależnie od Bodingtona.

Po Brehmerze prowadzi dalej jego dzieło jeden z jego pacyentów i najzdolniejszych uczniów, Dr. Piotr Dettweiler, który w r. 1876 zakłada własne sanatoryum w Falkenstein w górach Taunus niedaleko od Frankfurtu n. M. Do systemu mistrza wprowadza nowy czynnik leczniczy: t. zw. »Liegekur«.

Doszedł on do tego pomysłu nie samodzielnie, ale, jak stwierdza tak pewne źródło, jak »Deutsches Reichsgesundheitsamt« pod wpływem Polaka, Dra Kaczorowskiego z Poznania. Ze względu na doniosłość tego faktu dla dziejów twórczości myśli polskiej, pozwalam sobie dosłownie (13.) przytoczyć odpowiednie zdanie tego naczelnego urzędu zdrowia Rzeszy niemieckiej, które brzmi: »Dettweiler hat insbesondere, e i n e r A n r e g u n g K a c z o r o w s k i s, eines Posener Krankenhausarztes folgend, die sogenannte Liegekur der Anstaltsbehandlung eingereiht«. Nadto, wbrew nauczycielowi, nie nalega (12) na górski klimat i gotów jest zadowolić się każdem położeniem uzdrowiska, byle powietrze było wolne od kurzu i dymu, oraz byle było dużo słońca i drzew naokoło (12).

Za przykładem Brehmera i Dettweilera i na wzór ich uzdrowisk powstaje w Niemczech, zwłaszcza południowych, i w Szwajcaryi, cały szereg prywatnych zakładów leczniczych, że wymienię tylko Reiboldsgrün, St. Blasien, Davos, Dra Römplera w Görbersdorfie (1) i Nordrach, Kolonie Dra O. Walthera, założone w r. 1889 (16) w górach Szwarzwaldu niedaleko od Biberach am Zell. Ostatni zakład podkreślam, a to z tego względu, że on i jego twórca mieli wielki wpływ na dalszy rozwój sanatoryalnego leczenia w Anglii.

(Dok. nast.).

†

Dr Edward Gerard Festenburg

długoletni wielce zasłużony prezydent Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej, wieloletni prezydent Krajowej Rady Zdrowia, zmarł d. 26 stycznia 1914 r. we Lwowie w 71. roku życia.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 28. I. 1914 posiedzenie, na którem prym. dr. Zaremba z Wadowic przedstawił wyleczony operacyjnie przypadek postrzału czaszki, dr. Ruppertowa przedstawiła hodowle paciorkowca o niezwykłych własnościach hemolitycznych, prof. dr. W. Jaworski przedstawił przypadki karłowatości i chondrodystrofii i omówił analizę elektrokardyogramów odmiennym sposobem, a dr. Mayer mówił o nieznanej drodze wydobywania się tonów i szmerów sercowych. W dyskusyach przemawiali prof. Lewkowicz, Kader, Rosner, doc. Latkowski, dr. Glassner, D. Hirsch, Mayer, Rydel.

Najbliższe posiedzenie Towarzystwa odbędzie się również w klinice prof. Jaworskiego.

— W szpitalu św. Łazarza otwarty został w d. 25. I. b. r. w obecności grona lekarzy szpitalnych nowy pawilon barakowy, przeznaczony na rozszerzenie oddziału chirurgicznego. Stałe a ogromne przepełnienie tego oddziału, rozwój samodzielnego prawie działu urologicznego i ortopedycznego, wreszcie zwinięcie z d. 1. I. 1914. oddziału chirurgicznego w szpitalu dziecięcym św. Ludwika, nagliły do stworzenia nowego pawilonu w czasie jak najkrótszym i dlatego jedynem na razie rozwiązaniem sprawy było zbudowanie baraku Döckerowskiego. Barak sprowadzono z fabryki czeskiej; urządzenia wewnętrzne wykonano w kraju. Pawilon, doskonale urządzony, zawiera dwie duże sale, trzy separatki, dwa pokoje dla służby, kancelaryę lekarską, magazyn bielizny, pokoik opatrunkowy, kuchenkę podręczną, dużą łazienkę z umywalniami i t. d., a obliczony jest na 50 łóżek. Uzyskanie tego koniecznego choć prowizorycznego rozszerzenia oddziału chirurgicznego jest wielką zasługą dyrekcyi szpitala i kierownictwa oddziału.

— Doc. Dr Zygmunt Radliński mianowany został kierownikiem oddziału chirurgicznego w krakowskim szpitalu Br. Miłosierdzia, z tytułem operatora. Oddział tęn liczy 60 łóżek.

— Jak donoszą dzienniki, zostały przy wierceniach w Krynicy w głębokości 800 m. odkryte solanki.

— »Akademicki Związek sportowy«, który postawił sobie za cel »wniesienie w mury Uniwersytetu Jagiellońskiego blasków młodości, zdrowia i siły«, a to, rozbudzając wśród młodzieży uniwersyteckiej zamiłowanie do ćwiczeń fizycznych, podaje w swem sprawozdaniu za r. 1912/13 pogląd na pierwsze pięciolecie swej działalności. O skuteczności jej świadczy najlepiej fakt, że gdy przed pięciu laty młodzież o ćwiczenia fizyczne wcale nie dbała, dziś co ósmy ze słuchaczy Un. Jag. należy do »Związku sportowego«. Liczba członków w ciągu pięciolecia wzrosła z 65 do 343, sekcyi istnieje 7 (narciarska, wioślarska, szermierska, strzelecka, tennisowa, krajoznawczo-turystyczna i fotograficzna), roczny obrót kasowy z 909 K. doszedł do poważnej sumy 48.811 K., majątek z 105 K. do 7.631 K., liczba wycieczek z 10 do 186. Szybki i potężny rozwój »Związku« jest objawem bardzo korzystnym.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 11. I. do 17. I. 1914 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † 1 (obcych — † 1), krztuśca 6 † — (— † —), ospy wietrznej 5 † — (— † —), płonicy 10 † 1 (— † —), odry 12 † — (— † —), duru brzusznego 2 † 1 (1 † —), gorączki połogowej — † — (1 † —), róży 3 † 2 (— † —), tężca — † — (1 † 1). Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 12. I. do 19. I. 1914. przypadków: płonicy 3 † —. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich odbędzie się w r. b. z końcem maja.

— Międzynarodowy Zjazd dla talassoterapii odbędzie się w Cannes w kwietniu 1914 pod przewodnictwem prof. d'Arsonvala. Początek Zjazdu 15. IV. 1913. Referentami tematu: »O heliotrapii morskiej« będą m. i. prof. Robin, prof. Broca, dr. Delille, Vidal, Claisse. Dokładniejszych wiadomości zasięgnąć można u sekretarzy Zjazdu dr. Cavasse i dr. Mantoux w Cannes (Alpes-Maritimes).

— Nagrodę im. Moczutkowskiego przyznało Towarzystwo lekarskie wileńskie dr. Krainskijemu za pracę p. t. »Sadyzm u pedagogów«.

— Towarzystwo laryngologiczne berlińskie obchodzi w r. b. 25-lecie założenia (nie 50-lecie, jak podano w Nr. 4 »Przeglądu«).

— Celem jednolitego podawania literatury przyjęto w Niemczech i Austryi stałe zasady, które najlepiej objaśni przykład: »Eulenburg. Realenz. (4) 5. 1913. S. 125« ma znaczyć: »Wydanie 4 (ma być w nawiasie), tom 5, strona 125«. Skrócenia dla najczęściej używanych czasopism są następujące: B. kl. W. (Berliner klin. Woch.), D. m. W. (Deutsche med. Woch.), M. Kl. (Medic. Klinik.), M. m. W. (Münchener med. Woch.), W. kl. W. (Wiener klin. Woch.), W. m. W. (Wiener med. Woch.), Arch. — Archiv, Sml. — Sammlung, Mit. — Mitteilungen K.

Mianowani: fizyolog prof. Pawłow w Petersburgu — akademikiem; psychiatra doc. Agadżanjanc z Petersburga profesorem w Warszawie.

Zmarli: dr. Henryk Zawadzki w 41 r. ż. w Ożaryczach w Mińskiem (z duru plamistego); wybitny klinicysta prof. Teodor Opęchowski z Charkowa (Polak), w Berlinie; dr. Jakób Sunderland w 53 r. ż. w Warszawie.

Redakcya otrzymała: Józef Zawadzki: 1) Punkty bolesne brzucha i klatki piersiowej. 2) O t. zw. nieżycie okrężnicy śluzowo-błoniastym. (Medycyna i Kron. lek. 1913). — IV. Sprawozdanie akademickiego Związku sportowego w Krakowie 1913. — L. Korczyński: 1) Kiłowe schorzenie tętnicy głównej i t. d. 2) Mnogie przerzutowe ropnie w wątrobie powstałe w toku zapalenia wyrostka robaczkowego (Kraków 1913). 3) Tożsamo po niemiecku (Österr. Aerzte-Ztg. 1913). 4) Ein Fall von Ankylostomum-Krankheit (Tamże). 5) Spostrzeżenia kliniczne w kilku przypadkach choroby Heine-Medina. 6) Nerwica wegetatywna z ograniczonymi kurczami mięśniowymi. — Korczyński i Stupnicki: Odma piersiowa, powikłana odmą podskórną, jako następstwo urazu wewnętrznego (Kraków 1913)

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w styczniu 1914.

Gazeta lekarska. Nr 1—4. Brudziński: W sprawie leczenia płonicy surowicą przeciwpaciorkowcową (1—3). — Piotrowski: Przyczynek do zejścia śmiertelnego z powodu wstrząsu anafilaktycznego (1). — Czubalski: Wpływ duszenia na zawartość adrenaliny we krwi (2). — Chłapowski: Eventratio diaphragmatica rudimentaria (3). — Szmurło: O t. zw. polipach nosogardzielowych i o ich leczeniu (4). — Żebrowski: Przypadek guza perlistego kości skroniowej (4).

Medycyna i Kronika lekarska. Nr 1—5. Landau i Temkinówna: Studya nad zapaleniem nerek. I. Zapalenie nerek, a hyperglykemia (1—2). — Karłowicz: Przyczynek do wyjaśnienia związku między wolem i gośćcowem schorzeniem stawów (1). — Wicherkiewicz: O jaskrze prostej, jej przyczynach i leczeniu (2). — Maliniak: O przedziurawieniu kiszki cienkiej (3). — Szpanbok: Światło i jego znaczenie lecznicze w medycynie wewnętrznej (3—4). — Springer: O stosowaniu oleju szarego w cierpieniach syfilitycznych (4—5).

Tygodnik lek. Nr 1. Gąsiorowski: Cholera w Galicyi w r. 1913. — Nowicki: Odma pęcherzykowa pęcherza moczowego.

Nowiny lek. Nr 1: Blassberg: O fosfaturyi. — Wł. Palmirski: Cholera ze stanowiska epidemiologii, morfologii, biologii i higieny publicznej. — Klęsk: Cierpienia chirurgiczne u chorych wiądowych ze stanowiska lekarza praktycznego.

Lekarz wileński: (1913) Nr 11: 25-lecie Nowin lekarskich. — Klara Zaleska: O t. zw. odczynie Ehrlicha w płonicy. — Bogusz: O projekcie powszechnego nauczania w Wilnie z punktu widzenia higieny szkolnej. — B.: Trochę cyfr z sanitaryi wileńskiej. — Kuczewski: Obchód jubileuszowy Nowin lekarskich. — Nr 12: Vivos voco. — K. Zaleska: O t. zw. odczynie Ehrlicha w płonicy. — D-o. Curiosum. Odcinek. — Kahn: Enzytol, pomocniczy środek w radioterapii złośliwych nowotworów. — B.: Głosy prasy lek. rosyjskiej o udziale Wilna w wystawie higienicznej w Petersburgu. — Boguszewski: Szpital im. Szlenkierów.

Pamietnik Towarzystwa lek. warsz.: T. 109. Z. 4: Sokołowski: Ś. p. Stanisław Kamieński. — Stefan Mutermilch: Adsorbcyjna teorya anafilaksyi.

Neurologia polska. T. 3. Z. 6: Łuniewski: O gonitwie wy-

obrażeń w przypadku porażenia postępującego. — Messing: Przyczynek do anatomii patologicznej porażeń ołowiczych. — Więckowski: Odczyn hemolizynowy w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Postęp okul. (1913) Nr. 11, 12. Szatnicki: Hetol w lecznictwie okulistycznem. — Kleczkowski i Szymanowski: Badania doświadczalne nad anafilaksyą i antyanafilaksyą.

Zdrowie. Nr. 1.: Ciechanowski: Wychodźtwo pod względem higieniczno społecznym. — Mojkowski: Rodzajowanie czyli klasyfikacya mięsa. — Fidler: Stan szpitalnictwa ziemi Radomskiej (c. d.).

Kronika dentyst. Nr. 1. Hofung: Stan współczesny sprawy znieczulania miejscowego w dentystyce. — Zawidzki: Rys ortodontji nowoczesnej (c. d.).

Głos lekarzy Nr. 1. Mikołajski: 1) XIX wiec Izb lekarskich austryackich. 2) Szał przyrodo-leczników. — Zion: Nadmiar słuchaczy na medycynie. — Jubileusz »Nowin lekarskich«. — Debata parlamentarna o zwalczaniu chorób zakaźnych.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we wtorek d. 3. lutego 1914 w klinice medycznej (Kopernika 15) o godz. 6 wieczorem.** Porządek dzienny: 1) Prym. doc. dr. Latkowski przedstawi chorych ze swego oddziału. — 2) Dr. Mayer przedstawi: a) fotografowanie samego serca, b) prześwietlanie wzmocnionymi promieniami Röntgena, c) ułatwiony sposób osłuchiwania płuc i serca własnego pomysłu. — 3) Dr. Z. Wachtel: O działaniu najnowszych środków sercowych (z przedstawieniem chorych). — 4) Dr. Nowaczyński: Przedstawienie chorych z uwzględnieniem badania rentgenologicznego. — 5) Dr. Mayer: Elektrokardyogramy chorych sercowych, zdjęte pod działaniem różnych środków leczniczych.

Posiedzenie administracyjne Sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbędzie się **d. 3. lutego 1914 o g. 5 wieczór** w szpitalu powszechnym w Jarosławiu. Porządek dzienny: 1) Demonstracya chorych — kolega Dr Fechter. 2) Sprawozdanie roczne. 3) Wybór zarządu na rok 1914 i delegata na Walne Zgromadzenie. 4) Wnioski członków.
Sekretarz: Dr W. Orłowski. Zastępca prezesa: Dr Fechter.

Nadesłane.